

疑 难 病 症 中 西 医 攻 略 丛 书

YINAN BINGZHENG
ZHONGXIYI GONGLUE CONGSU

主 编 李晓惠 副主编 甘欣锦

再生障碍性贫血 诊治

ZAISHENG
ZHANGAIXING
PINXUE
ZHENZHI

上海科学技术出版社

疑难病症中西医攻略丛书

再生障碍性贫血诊治

主 编 李晓惠

副主编 甘欣锦

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

再生障碍性贫血诊治 / 李晓惠主编. —上海: 上海科学技术出版社, 2006.5

(疑难病症中西医攻略丛书)

ISBN 7-5323-8275-3

I. 再... II. 李... III. 再生障碍性贫血-诊疗
IV. R556.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 135669 号

上海世纪出版股份有限公司 出版、发行
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

新华书店上海发行所经销

常熟市兴达印刷有限公司印刷

开本 787 × 1092 1/32 印张 5.875

字数 123 000

2006 年 5 月第 1 版

2006 年 5 月第 1 次印刷

定价: 14.00 元

本书如有缺页、错装或损坏等严重质量问题,
请向工厂联系调换

内 容 提 要

再生障碍性贫血是一种难治性血液系统疾病。本书从中西医两个方面比较系统地论述了本病的病因病理、临床表现、诊断、治疗、护理和健康教育等方面的内容,重点突出了本病中医中药的分型辨治、施治经验及中西医结合研治方法等内容。全书叙述简明,内容实用。

本书可供中西医临床医生在工作中借鉴使用,也可供再生障碍性贫血患者阅读参考。

主 编 李晓惠

副主编 甘欣锦

编 委 (按姓氏笔画为序)

马 祯 凯	甘 欣 锦	朱 强	任浪花
李 小 华	李 晓 惠	杨月艳	张文曦
张 锋 利	陈 键 一	林 红	蒋 楠
潘 娟			

序

再生障碍性贫血(简称再障)是造血组织衰竭的疾病,以往由于没有特殊的治疗方法,被认为是“不治之症”,特别是重型再障的死亡率很高,因而严重威胁人类生命与健康。20世纪90年代以来,随着医学科学技术的发展,新的诊疗技术不断应用,大大提高了再障的疗效,再障的死亡率已明显下降,认为再障是“不治之症”的看法已成为过去。

随着现代社会的发展,人们接触各种化学物质、药物及放射性物质等有害因素的机会增多,可以预期再障的发病率将有逐渐增加的趋势。因此,深入研究再障具有非常重要的社会意义。

中医学作为中华民族的瑰宝,数千年来为民族的繁衍昌盛作出了不可磨灭的贡献。中西医结合是中国医学的特点和优势,中医及中西医结合治疗再障取得的良好疗效已被大量的临床实践所证实,本书重点概括了在此方面取得的成果。

本书对于从事血液病工作的中西医医务人员有一定的借鉴作用。

刘沈林

2005年9月

前 言

再生障碍性贫血(简称再障)是一种难治性血液系统疾病,以往由于缺乏有效的治疗手段,重型再障的死亡率很高。近年来,随着对再障发病机制的深入研究,治疗再障的新药物与新方法不断出现,再障的疗效已有了显著提高。

长期以来,中医药治疗再障就有丰富的临床积累,西医学实验研究也已从多方面证实了中医药治疗再障疗效的作用机制。本书较系统地概括了中医学、西医学及中西医结合诊治再障的主要方法与经验。本书的重点在中医学及中西医结合章节,较全面地总结了这些领域中的成果。长期的临床实践表明中医药治疗再障有其独特的不可替代的地位,中西医结合治疗再障更显示出中医、西医相辅相成,取长补短的优势。希望本书的出版对弘扬中医学、促进中西医结合事业的发展能起积极的作用。

本书供从事相关临床工作的同道参考。由于种种原因,本书一定存在许多不足之处,望能谅解!

编者

2005 年 9 月

目 录

一、概述	1
二、中医学基础	11
三、病因病机	21
(一) 主要病因	21
1. 西医病因	21
2. 中医病因	30
(二) 发病机制	31
1. 西医发病机制	31
2. 西医病理变化	40
3. 中医病机	42
四、临床表现	45
(一) 症状与体征	45
1. 急性型	45
2. 慢性型	47
(二) 实验室检查	48
1. 急性型	48
2. 慢性型	49
(三) 骨髓象	49
1. 急性型	49

2. 慢性型	49
(四) 骨髓病理	50
1. 放射性胶体骨髓显像	50
2. 免疫学检测	51
五、诊断与鉴别诊断	53
(一) 诊断	53
1. 再障的诊断标准	53
2. 再障的分类	53
(二) 鉴别诊断	54
(三) 中医辨证	58
1. 辨证要点	58
2. 证候鉴别	60
六、治疗	62
(一) 西医西药治疗	62
1. 治疗原则	62
2. 疗效标准	63
3. 支持治疗	63
4. 药物治疗	66
5. 造血干细胞移植	75
6. 其他治疗方法	80
(二) 中医中药论治	81
1. 治则治法	81
2. 分型辨治	83
3. 其他治法	87
4. 辨治阐微	98
5. 临床辨治论述摘要	105
6. 名家临证经验选录	114

七、中西医结合研治	125
(一) 中西医对再障认识的相互联系	125
1. 中医病因、病机与西医病因、发病机制的联系	125
2. 再障中医证型与西医发病机制的联系	128
(二) 中医药治疗再障实验研究	131
1. 中医药治疗再障作用机制的实验研究	131
2. 中医方剂现代药理学	136
3. 分类中药现代药理学	139
(三) 中西医结合治疗再障临床实践	142
(四) 中西医结合综合诊治再障策略	147
1. 中西医结合的优势	147
2. 中西医结合诊治步骤	147
八、护理及健康教育	149
(一) 辨证分型护理	149
1. 精亏阳虚证的护理	149
2. 精亏血瘀证的护理	150
3. 精亏毒蕴证的护理	153
(二) 食疗方法	158
(三) 输血的护理	160
1. 输血一般常规护理	160
2. 红细胞输注	161
3. 粒细胞输注	162
4. 血小板输注	164
(四) 健康教育计划	166
主要参考文献	169

一、概 述

再生障碍性贫血 (Aplastic Anemia, AA, 简称再障) 是一组由于化学、物理、生物因素及不明原因所致的骨髓造血干细胞和(或)造血微环境损伤导致骨髓造血功能衰竭, 以致红髓向心性萎缩, 被脂肪髓代替的一种病症。临床上主要表现为全血细胞减少及由此而引起的贫血、出血和感染。

1904 年 Chauffard 首次提出再障的名称, 此后文献屡有报道。学者们逐渐认知接触某些化学或物理因素可导致再障。20 世纪 30 年代开展了骨髓穿刺液涂片检查, 以后又开展了骨髓活检的检查, 在患者生前即可查知骨髓有脂肪化, 使再障从其他全血细胞减少的疾病区别开来。1959 年 Wintrobe 提出再障只限于骨髓极度增生不良所致的全血细胞减少。1961 年 Till 和 McCulloch 第 1 次用实验方法证实了造血干细胞的存在, 随后有学者发现再障患者存在造血干细胞减少。1971 年 Knospe 和 Crosby 认为与其把再障看作造血干细胞的损伤, 勿宁看作造血微环境的病变。70 年代以后, 有些学者认为一些再障是由淋巴细胞介导的免疫异常使造血干细胞受抑的一种疾病。1976 年 Camitta 等将再障分为重型与轻型, 现已被广泛采用。60 年代开始的骨髓移植及抗胸腺细胞球蛋白及抗淋巴细胞球蛋白的治疗, 提高了再障的治愈及缓解率。70、80

年代多种造血调节因子重组成功,且应用于临床,提高了再障的疗效。

少数再障病例显然是由化学、物理或生物因素所引起的,但大多数病例病因不明确。长期以来,为探索再障病因、制订防治措施,国内外学者对该病的发病率及其分布、患病率、死亡率、病死率、生存率等作了大量的调查研究。我国学者 1986~1988 年间首次报道我国再障年发病率为 $7.4/10^6$,其中急性再障 $1.4/10^6$,慢性再障 $6.1/10^6$ 。国际粒细胞缺乏症与再障协作组(IAAAS)比较了同期(1989~1994 年)欧洲与泰国再障发病率,分别为 $0.6/10^6$ 及 $5.0/10^6$,提示东方人种再障发病率可能高于西方。我国男性再障发病率($8.0/10^6$)高于女性($6.8/10^6$),特别是慢性再障男女性别差异更为明显。西方学者称再障为“老年病”,有研究资料表明,60 岁以前,男、女发病率低,60 岁以后,男、女发病率均显著增高。我国资料亦显示,男、女再障发病率高峰年龄段分别为 60 岁以上及 50~59 岁,也显示老年发病率高。值得注意的是,随着我国人口老龄化的形成,老年再障患者有渐增的趋势。我国牡丹江地区 1975 年再障患病率 $20.8/10^6$,1984 年则上升至 $43.5/10^6$,由于年发病率基本稳定,所以再障患病率的增加提示再障患者的寿命延长,间接反映治疗水平的提高。国内 1975~1984 年再障年平均死亡率为 $5.2/10^6$ 。不同类型的再障病死率差异明显,据我国学者 1985 年统计再障患者随访资料,随访时间 1~26 年,再障的病死率 42.6%,其中急性再障为 91.6%,慢性再障为 24.0%,两者相差近 4 倍。有人比较了东西方国家重型再障确诊后 1 年内的病死率,均为 80%~90%。基于急、慢性再障病死率的差异,有人提出两者可能为性质不同的疾病。另外,急、慢性再障病死率的悬殊提示对再障的防

治,应将重点放在急性型上。1985年我国学者报道,1年生存率急性再障为9.6%,重型再障为27%,慢性再障为91.5%;5年生存率68.7%,10年生存率为51.2%。

中医学虽无再障的病名,但再障临床多见有头昏气短、神疲乏力、面色无华等一派虚弱征象,隶属于中医学“虚劳”证候范畴。“虚劳”病名最早虽由《金匱要略·血痹虚劳病篇》最先提出,但是《内经》、《难经》中便有着十分精辟的见解。

《灵枢·决气》记有:“精脱者,耳聋……血脱者,色白,天然不泽,其脉空虚,此其候也。”《灵枢·海论》说:“脑转耳鸣,胫痠眩冒,目无所见,懈怠安卧。”这是对“虚劳”,也是对贫血(血虚)症状的最早记载,这其中也可能包括再障性贫血。《素问·玉机真脏论》对精气被夺导致所谓“五虚死”的临床表现进行了描述:“脉细,皮寒,气少,泄利前后,饮食不入,此谓五虚。”这种五虚的表现与慢性再障的某些症状很相似。就其虚劳的病因,古医籍上早有记载,《素问·宣明五气篇》提到劳倦内伤为虚劳的重要起因之一:“五劳所伤,久视伤血,久卧伤气,久坐伤肉,久立伤骨,久行伤筋。”《内经》又用大量文字阐述外感六淫,内伤七情,不顺时宜,不知调养,积虚成损,皆为耗伤精气的缘由。《难经·十四难》创“五损”之说:“……二损损于血脉,血脉虚少,不能荣于五脏六腑也……”这是对虚劳证最早的病机描述,也是对虚劳证病机的高度概括,而再障的本质也恰恰是精气内夺。对于虚损的病因,《景岳全书·虚损》中虽有“凡虚损之由……无非酒色,劳倦,七情,饮食所致。故或先伤其气,气伤必及于精;或先伤其精,精伤必及于气”之说,但“虚劳”的本质正如《素问·通评虚实论》谓:“精气夺则虚。”

在虚劳的治疗上,《素问·三部九候论》提出了“虚者补之”,这就是说对虚劳证应采用温补的方法进行治疗。《素问·

至真要大论》提出“劳者温之”、“损者温之”等治则，在《素问·阴阳应象大论》中更具体地提出了药物的选择原则：“形不足者温之以气，精不足者补之以味。”《难经·十四难》在《内经》的基础上，进一步提出“损其脾者，调其饮食，适其寒温，损其肾者，益其精”，确立了虚劳的治疗大法，这也是今之临床上治疗再障的常用法则。可见《内经》不仅有了虚、劳、损的概念，而且对本病的病因、证候、预防和治法也有的阐述。

在预后方面，《素问·评热病论》说：“有病温者，汗出辄复热，而脉躁疾，不为汗衰……病名阴阳交，交者死也。”《灵枢·热病》也说：“热病已得汗，而脉尚躁盛，此阴脉之极也，死。”急性再障也多表现为高热汗出而热不解，脉洪大数急，示预后不良，死亡率很高。

在养生方面，《素问·上古天真论》谆谆告诫人们，要“饮食有节，不妄作劳”，掌握“虚邪贼风，避之有时，恬憺虚无，真气从之，精神内守，病安从来”的防虚杜损的养生方法。

汉代张仲景《金匱要略》密切联系具体脉证，列举食伤、忧伤、饮伤、房劳伤、饥伤、劳伤、内有干血、亡血失精、风气百病引起“诸不足”等，是导致“五劳虚极”的基本原因；同时，他不仅阐述了阳虚、阴阳两虚等各种虚劳证候的辨别、治法和用方，而且还提出干血致虚的病机和化瘀生新的治法，对后世启迪很大。《金匱要略·血痹虚劳病》曰：“男子面色薄者，主渴而亡血，卒喘悸，脉浮者，里虚也。”又曰：“面色白，时目瞑，兼衄，少腹满，此为劳使之然。”“夫男子平人，脉大为劳，极虚亦为劳。”其论述的虚劳证的脉象与今之再障的脉象相似。又说：“男子脉虚沉弦，无寒热，短气，里急，小便不利，面色白，时目瞑兼衄。”描写了贫血兼有出血的症状，这与再障有贫血、出血的症状相近。治疗上，仲景重视温补，并应用扶正祛邪，祛瘀

生新治法,开辟了治疗虚劳的新途径。

唐宋时期,关于虚劳的证治有很大发展。孙思邈《千金方》将虚劳分述于脏腑证治之中,治疗上重视安谷生精;王焘《外台秘要》则立“五脏劳”专论,这两位医家大量吸取当时散在民间的经验,大大地丰富了治疗虚劳的方药内容。至宋代许叔微在《本事方》及《本事方续集》中对虚损之证强调治从脾肾;而严用和《济生方·五脏门》中有五脏六腑虚实论治,对五脏六腑虚证论治颇为丰富,并提出了“补脾不如补肾”的治疗原则,此外在“诸虚门”中则明确认识到“五劳六极之证,非骨蒸传尸之比,多由不能摄生,始于过用”所致,不能与“传变不一,积年染症,甚至灭门”、“若究其根,惟心肺受虫啮”的癆瘵相混淆。自此之后,才将虚劳和癆瘵区分开来,这是一个很大的贡献。

金元诸家对劳倦内伤的认识更趋成熟,各有创见。李东垣著《脾胃论》,善用甘温补中法调理脾胃虚损。他从脾胃为元气之本立论,提出内伤热中证这一病理概念。他认为,脾胃内伤,则元气亏虚,以致阴火上冲,遂表现为气虚发热之症;而阴火内炽则消烁元气,故又谓阴火为“元气之贼”。由此,他强调升发脾胃阳气,使阴火下降而热自退。他从脾胃论治,创补中益气汤等方,治疗气虚发热证,后世称为“甘温除热法”,开辟了虚劳治法的一个新途径。朱丹溪著《格致余论》,倡“阳常余阴不足”论,重视摄养精血,他擅用滋阴降火及泻火保阴之法,善从肝肾论治,创大补阴丸、三补丸等方,治疗阴虚火旺的虚劳证,有其独到之处。

明清以后,在虚劳的证治上很重视脾肾的重要作用。《张氏医通》云:“人之虚,非气即血,五脏六腑莫能外焉。而血之源头在乎肾,气之源头在乎脾。”《杂病源流犀烛·虚损癆瘵源

流》中也说：“气虚者，肺脾二经虚也……血虚者，心肝二经虚也……而阳虚，阴虚，则又皆属肾。”这里强调了脾肾的重要性。《医宗金鉴·杂病心法要诀》进一步提出：“后天之治本气血，先天之治法阴阳。”这提示医者，在治疗属于虚劳证的慢性再障时必须注重补脾肾。此外，随温补学派崛起，薛己、孙一奎、赵献可、张景岳、李士材等，是其代表医家，他们对虚劳的论治都有贡献，其中尤以张景岳为突出。《景岳全书·虚损》：“凡虚损之由……无非酒色劳倦，七情饮食所致，故或先伤其气，气必伤及于精；或先伤其精，精伤必及于气。”对虚劳的病因病机作了精辟的说明。《景岳全书·血证》中说：“血本阴精，不宜动也，而动则为病；血主营气，不宜损也，而损则为病。盖动者多由于火，火盛则迫血妄行；损者多由于气，气伤则血无以存。”又明确指出了火热、气损是导致血证发生的主要原因。他强调肾与命门的真阴真阳、水火、精气在维持和延续人体生命上的重要作用，提出“阳常不足，阴本无余”的精辟见解。在临床上，他善调阴阳，《景岳全书·新方八略》谓：“凡气虚者宜补其上，人参、黄芪之属是也；精虚者宜补其下，熟地、枸杞之属是也；阳虚者宜补而兼煖，桂、附、干姜之属是也；阴虚者宜补而兼清，门冬、芍药、生地之属是也；此固阴阳之辨也。其有气因精而虚者，自当补精以化气；精因气而虚者，自当补气以生精。又有阳失阴而离者，不补阴何以收散亡之气？水失火而败者，不补火何以甦垂寂之阴？此又阴阳相济之妙用也。故善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳生而泉源不竭。”这些公允而全面的阐述，对再障论治的发展起着重要作用。同时，他所创制的左归丸、右归丸，左归饮、右归饮等方剂，调治阴阳精气，使治疗肾脏虚损的效果提高到新的阶段。薛立斋临证遣方十分巧

妙,往往一日之内,早服理脾胃之剂,以培补后天;晚服补肾命之品,以滋养化源,为后世医家所效法。这对虚损累及多个脏腑,一方难以求全的复杂证候,提供了新的治疗手段。他如赵献可“资化源”的方法及李士材的脾肾先后天根本论等,都对虚劳论治有所贡献。

迨至清代,随着实践经验的不断积累,对虚劳的认识更加深入。李用梓《证治汇补·虚损》谓:“虚者,血气之空虚也,损者,脏腑之损坏也。”已认识到虚劳证可由气机紊乱而进一步导致形体的损伤,这与再障由于气血亏虚而出现的脏腑功能紊乱是相一致的。沈金鳌提出虚劳当以气血阴阳为辨证纲要。他在《杂病源流犀烛·虚损癆瘵源流》中说:“其所以致损者有四,曰气虚,曰血虚,曰阳虚,曰阴虚。阳气阴血,精又为血本,不离气血,不外水火,水火得其正则精为气,水火失其和则为寒为热,此虚损之大概。”又说:“气虚者,肺脾二经虚也……血虚者,心肝二经虚也……而阳虚阴虚,则又皆属肾。”吴谦等在《医宗金鉴·杂病心法要诀》亦持是说,谓“后天之治本气血,先天之治法阴阳”。这与临证分型、辨证论治颇合实际。同时还对本病的病名含义作了阐述:“虚者,阴阳、气血、营卫、精神、骨髓、津液不足是也;损者,外而皮、脉、肉、筋、骨,内而肺、心、脾、肝、肾消损是也。劳极者,谓虚损日久,留连不愈,而成五劳、七伤、六极也。”说明虚、损、劳、极是本病的四个慢性发展阶段,而与急性病证过程中也出现的急性亡阴、亡阳、亡津、气虚、神散、血脱等虚证是不同的,前者来势缓,恢复慢;后者来势急骤,恢复也快;应予区分,不可混同。

能全面联系再障的贫血、出血和感染三大症状的论述是喻嘉言的《医门法律》,其云:“虚劳之证,《金匱》叙于血痹之下,可见劳则必劳其精血也。营血伤,则内热起,五心常热,目